

ANNÉE 1969

1113 N°

THÈSE

pour le

DOCTORAT EN MÉDECINE

(diplômé d'état)

par

MARC ROY

né le 22 avril 1940, à Montfort-l'Amaury (78)

Ancien Externe des Hôpitaux de Paris

Présentée et soutenue publiquement

le 19

LES ARTHROPATHIES SACRO-ILIAQUES RARES OU DE DIAGNOSTIC DIFFICILE

(Infections suppurées, pelvispondylite et ostéose
iliaque condensante exceptés)

ANNÉE 1969

N°

THÈSE

pour le

DOCTORAT EN MÉDECINE

(diplômé d'état)

par

MARC ROY

né le 22 avril 1940, à Montfort-l'Amaury (78)

Ancien Externe des Hôpitaux de Paris

Présentée et soutenue publiquement

le

19

LES ARTHROPATHIES SACRO-ILIAQUES RARES

OU DE DIAGNOSTIC DIFFICILE

(Infections suppurées, pelvispondylite et ostéose
iliaque condensante exceptés)

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNEE 1908

THÈSE

DOCTEUR EN

DOCTORAT EN MÉDECINE

MARC ROY

Présentée et soutenue publiquement
le 10 mai 1908 à la Faculté de Médecine de Paris
pour l'obtention du grade de Docteur en Médecine



LES MÉTHODES SÉROLOGIQUES
DE DIAGNOSTIC
DES INFECTIONS
BACTÉRIENNES

Présentée par M. le Docteur

A mes parents,

avec toute mon affection et ma reconnaissance pour
leur aide et les sacrifices qu'ils ont faits pendant
toutes mes études.

A ma femme.

A mon frère.

A ma famille.

A tous mes amis.

A Monsieur le Docteur Michel Lequesne

qui nous a guidé dans la réalisation de ce travail;
qu'il trouve ici l'expression de notre reconnaissance
pour l'aide apportée par ses conseils judicieux et
ses encouragements.

A Monsieur le Professeur Agrégé M. F. Kahn

qui, patiemment, a dirigé nos pas de futur
rhumatologue.

A Monsieur le Docteur Bloch-Michel

qui nous a fait découvrir et aimer la rhumatologie.

LES ARTHROPATHIES SACRO-ILIAQUES RARES OU

DE DIAGNOSTIC DIFFICILE

(Infections suppurées, pelvi-spondylite et ostéose iliaque condensante exceptées).

DEFINITION ET CLASSIFICATION.

Nous n'envisagerons dans ce travail que l'étude de l'arthropathie sacro-iliaque "premier symptôme", c'est à dire celle survenant chez un sujet jusqu'alors indemne de toute manifestation morbide, excluant ainsi toutes les atteintes sacro-iliaques apparaissant au cours de maladies déjà connues, notamment au cours d'une polyarthrite rhumatoïde, d'une méлитococcie, d'une goutte.

A priori, ce travail devra donc comporter les études suivantes:

A. L'arthropathie sacro-iliaque du post-partum dont la nature est discutable, soit pauci-microbienne et non suppurée guérissant seule, soit inflammatoire réactionnelle au traumatisme obstétrical.

B. L'arthropathie sacro-iliaque inflammatoire chronique qui peut rester isolée plus ou moins longtemps, posant alors le problème de la monoarthrite sacro-iliaque, mais dont la nature est précisée ultérieurement par l'apparition secondaire d'une polyarthrite rhumatoïde ou d'un rhumatisme psoriasique.

C. L'arthrose sacro-iliaque.

D. L'ostéochondrite sacro-iliaque juvénile.

E. Sans oublier les arthropathies sacro-iliaques isolées, "à classer", qui, même intégrées à un tableau oligo ou polyarticulaire plus riche lors de leur évolution, défient tout diagnostic affirmatif.

Disons d'emblée que nos recherches dans le Service du Professeur S. de SEZE (Clinique Rhumatologique de l'Hôpital Lariboisière à Paris), nous ont permis de recueillir plusieurs cas probants illustrant les première, deuxième et dernière catégories de la classification ci-dessus, mais que nos recherches sur l'arthrose sacro-iliaque et sur l'ostéochondrite sacro-iliaque sont restées vaines ou, du moins, ne nous ont permis de mettre en évidence aucun cas convaincant.

OBSERVATIONS ET METHODES.

C'est ainsi que nous présenterons :

- 5 arthropathies sacro-iliaques du post-partum
- 2 arthropathies sacro-iliaques inflammatoires chroniques (dont une inclassable).

Nous nous sommes astreints à une certaine rigueur, convoquant les malades pour juger de leur état actuel après plusieurs années d'évolution et déplorons que seul un nombre restreint ait répondu à cette convocation. C'est ainsi que nous avons éliminé toutes les observations insuffisamment suivies, ou explorées ou non convaincantes.

Ces 7 observations présentables sont ainsi extraites de 27 observations d'arthropathies sacro-iliaques :

- 19 provenant du Service de Rhumatologie du Professeur S. de Sèze à l'Hôpital Lariboisière (archives explorées sur quinze ans).
- 8 provenant de dossiers de ville du Docteur Michel Lequesne (archives explorées sur douze ans).

RAPPEL ANATOMIQUE, PHYSIOLOGIQUE, SEMIOLOGIQUE ET RADIOLOGIQUE
DES ARTICULATIONS SACRO-ILIAQUES.

I. RAPPEL ANATOMIQUE.

Les surfaces articulaires en présence sont constituées par la surface auriculaire du sacrum, en forme de rail creux arqué autour d'un centre situé au premier tubercule conjugué et par la surface articulaire de l'os iliaque inversement conformée en croissant convexe bordé de deux faibles rainures.

Le revêtement est surtout fait de fibro-cartilage, particulièrement épais sur le sacrum.

La capsule, serrée, est formée par le périoste qui passe d'un os à l'autre.

La synoviale forme un très court manchon reliant les surfaces cartilagineuses ; mais la cavité synoviale n'est libre que chez l'enfant et l'adolescent. Par la suite elle est cloisonnée par des lamelles d'abord transparentes, puis épaisses, fibreuses, qui tendent à rapprocher cette articulation d'une symphyse.

Les ligaments postérieurs du sacrum sont épais et puissants.

Les ligaments antérieurs peu résistants sont au nombre de deux.

Le véritable ligament antérieur est à distance, il est constitué par la symphyse pubienne ; c'est parce qu'elle est très résistante que le sacrum peut être maintenu accroché entre les os iliaques : si la symphyse pubienne est disjointe, il y a aussitôt du jeu dans les sacro-iliaques.

II. RAPPEL PHYSIOLOGIQUE.

Ainsi fixé entre les os iliaques, le sacrum est le siège de mouvements de nutation, grâce auxquels son extrémité antéro-supérieure s'incline en avant, et d'antinutation qui ramènent cette extrémité en arrière.

Les mouvements de l'articulation sacro-iliaque sont d'ailleurs de faible amplitude.

III. RAPPEL SEMIOLOGIQUE.

- La première manifestation de l'atteinte de l'articulation sacro-iliaque est la douleur. Elle est située à la partie supéro-interne des fesses au-dessous de la région lombosacrée ; elle irradie souvent à la face postérieure de la fesse, de la cuisse, dépassant rarement le creux poplité et n'atteignant jamais la cheville et le pied. On fera préciser l'un ou la bilatéralité de cette douleur, son horaire, l'influence de l'effort, de la marche, du repos.

- L'examen clinique étudiera :

- . l'attitude debout qui peut être hanchée sur le côté sain ;
- . la marche qui peut s'accompagner de boiterie du côté malade, signe que nous avons fréquemment retrouvé ;
- . les points douloureux à la pression, en arrière et au-dessous de l'épine iliaque postéro-inférieure ;
- . enfin les manœuvres de distorsion de l'articulation dans le but de réveiller la douleur signent l'atteinte sacro-iliaque lorsqu'elles sont positives, ne l'infirmement pas lorsqu'elles sont négatives, pouvant être absentes dans un certain nombre d'affections sacro-iliaques :

- la manœuvre d'Erickson : la malade étant à plat dos, une pression forte est appliquée sur les deux ailes iliaques comme si l'on cherchait à "ouvrir" le bassin ;

- la manœuvre de Wolkman : la malade étant couchée sur le côté, une pression forte est appliquée sur l'aile iliaque libre, comme pour "fermer" le bassin.

Une variante de cette manœuvre consiste à demander au malade, allongé sur le dos, de serrer l'un contre l'autre les deux genoux, les cuisses étant fléchies. On tente alors de mobiliser les sacro-iliaques en écartant de force les genoux ;

- la manœuvre de Gaenslen : consiste, le malade étant couché sur le dos, le bassin en "porte à faux" sur le bord de la table d'examen, à faire effectuer une flexion forcée de la cuisse d'un côté, tout en faisant une hyperextension forcée de l'autre côté et ensuite la même manœuvre de façon symétrique.

- le signe de Laguerre : le malade étant placé la hanche en abduction et le genou fléchi, on pèse sur ce genou tandis qu'avec l'autre main placée sur l'épine antéro-supérieure on fixe la bassin du côté opposé ;
- la manoeuvre de Rotes-Quérol : on demande au malade de se mettre à cloche pied, puis on pèse brusquement sur ses deux épaules tout en lui demandant de maintenir son rachis bien rigide. Du côté où le membre inférieur sert d'appui, on provoque par cisaillement vertical de la sacro-iliaque une douleur qui correspond à la douleur provoquée par la marche ;
- la manoeuvre de Graber-Duvernay : sensiblement analogue ; le sujet étant debout sur son membre sain ne peut fléchir complètement le membre inférieur malade s'il ne prend pas point d'appui avec la main ;
- le signe du trépied d'Illouz et Coste : le malade étant en procubitus, une pression ferme est appliquée par le talon de la paume de la main sur l'extrémité du sacrum. Cette manoeuvre mobilise les deux sacro-iliaques ensemble et le disque lombosacré en théorie, mais en pratique donne des réponses positives surtout dans les affections sacro-iliaques, alors qu'elle est rarement douloureuse dans les affections lombaires ou sacro-lombaires.

Toutes ces manoeuvres, lorsqu'elles sont positives, donnent une douleur profonde que le sujet identifie comme étant identique à sa douleur habituelle.

- L'examen clinique sera complété par :

- . la recherche d'éventuels abcès postérieurs ou pelviens ;
- . l'étude neurologique qui doit être négative ;
- . l'étude complète de la colonne vertébrale et des autres articulations ;
- . par l'étude des yeux, à la recherche d'une poussée d'iridocyclite actuelle ou passée.

Cet examen complet permettra de rapporter la douleur à une atteinte sacro-iliaque en éliminant les possibles causes d'erreur : lombalgie ou lombosciatique, arthropathie de la hanche, nodules de fibrosite palpables sous la peau de la région sacrée.

IV. RAPPEL RADIOLOGIQUE.

Sur les radiographies prises en incidence antéro-postérieure la projection de l'articulation sacro-iliaque est comparable à celle d'une raquette de tennis placée dans la position suivante :

- manche vers le bas
- grand axe incliné en bas et en dedans
- corps ovale situé dans un plan oblique d'avant en arrière et de dehors en dedans.

En outre cette raquette est gauchie, son ovale étant déformé et convexe en dedans.

Cela se traduit par :

- a) une branche antérieure et externe, sinueuse, assez bien visible dont le prolongement supérieur n'est pas articulaire ;
- b) une branche postérieure et interne, moins visible ;
- c) la réunion inférieure de ces deux branches qui représente le manche de la raquette.

Il en résulte, suivant que le manche est long, un aspect en "Y" et suivant que le manche est court ou absent, un aspect en "V" ou en île si l'ovale est particulièrement apparent.

Le cliché devra en outre être parfaitement centré pour éviter d'avoir des images déformées. Aussi est-il préférable d'utiliser d'autres incidences radiologiques, plus fidèles que l'incidence antéro-postérieure :

- l'incidence postéro-antérieure qui permettra au rayon "d'enfiler" les deux articulations sacro-iliaques ;
- l'incidence de trois quarts : il en faut deux, une à droite une à gauche mais elles sont rarement parfaitement symétriques d'où la difficulté de leur interprétation ;
- enfin, en cas de doute, des tomographies pourront compléter le bilan radiologique.

Il nous a semblé utile de rappeler quelques images normales mais atypiques de la sacro-iliaque, car pouvant prêter à confusion et être interprétées comme des images pathologiques :

1° Il peut exister sur les masses latérales du sacrum des noyaux épiphysaires apparaissant entre 18 et 20 ans. Arrondis ou allongés ils siègent à la hauteur des deux premières vertèbres sacrées

2° De petits noyaux triangulaires situés à la partie basse de l'articulation sacro-iliaque peuvent être d'interprétation délicate. Ils ne correspondent pas à des modifications arthrosiques et peuvent persister sans fusionner

3° On ne confondra pas les ostéophytes arthrosiques avec les ostéophytes du sulcus paraglenoidalis situés en dehors. Il s'agit d'un petit sillon qui enserre en partie ou en entier la branche superficielle de l'artère fessière et sur lequel s'insèrent les fibres les plus basses des ligaments sacro-iliaques

V. ENFIN DES EXAMENS COMPLEMENTAIRES viendront compléter les examens clinique et radiologique :

- vitesse de sédimentation
- numération globulaire et formule sanguine
- réaction de Waaler Rose et test au latex
- cuti et intradermo-réaction à la tuberculine et à la méliène
- sero-diagnostics de la typhoïde, de la brucellose
- ponction de l'articulation
- voire même dans certains cas : biopsie chirurgicale

LES ARTHROPATHIES SACRO-ILIAQUES DU POST-PARTUM.

Nous avons choisi pour présenter ce chapitre la classification qu'ont adoptée Gaucher, Louyot, Manivit, Pourcel et Montet dans leur article sur "les ostéo-arthrites pelviennes du post-partum" en 1968.

Nous laisserons de côté les arthrites aiguës purulentes qui n'entrent pas dans le cadre de ce travail et considérerons deux chapitres principaux :

- les formes aiguës ou subaiguës curables
- les formes chroniques.

A. LES ARTHROPATHIES SACRO-ILIAQUES AIGUES OU SUBAIGUES CURABLES DU POST-PARTUM.

Nous présenterons d'abord nos cinq observations pour les comparer ensuite aux descriptions de la littérature et essayer d'en envisager l'étiologie.

Obs. 1 - Apparition à deux reprises en cours de grossesse d'une douleur sacro-iliaque gauche. Rechute 15 jours après l'accouchement.

Guérison spontanée en trois semaines.

Madame L... Marie-Claude, 29 ans, sans antécédent pathologique notable en dehors d'une lombalgie mécanique lors d'une première grossesse, présente au cours d'une seconde grossesse au 8ème mois deux accès douloureux de deux jours chacun. Il s'agit d'une douleur intense de la fesse gauche irradiant à la face postérieure de la cuisse sans atteindre le creux poplité. L'appui était presque impossible entraînant une boiterie surtout lors des premiers pas, la douleur disparaissant dans la journée pour reprendre dès l'alitement et disparaître de nouveau pendant la nuit. Avant chacun de ces deux épisodes douloureux la malade avait effectué un effort notable tel que celui de frotter le parquet à genoux avec la main. A chaque épisode, guérison spontanée en deux jours.

Accouchement normal la première semaine de septembre 1966. Quinze jours plus tard, sans aucun effort la veille, réapparition dès le lever, de la même douleur de la fesse gauche, augmentée à la station debout, à la marche, rendue très difficile et aux mouvements de retournement dans le lit. Après trois à quatre jours de douleurs intenses, il restait un point douloureux en pleine fesse que l'aspirine et la phénylbutazone ont fait disparaître lentement en quinze jours.

Lorsque la malade vient consulter le 6 octobre 1966 l'examen reproduit, à l'écartement des ailes iliaques, la douleur connue de la patiente. Il n'existe pas de signe de Lasègue, pas de raideur ni de douleur lombaire.

La malade est revue le 31 octobre 1966 : sa douleur fessière a totalement disparu alors qu'elle n'a plus de traitement, la vitesse de sédimentation est à 5 mm à la première heure, 12 mm à la deuxième heure et la radio est à la limite de la normale ne montrant qu'une très discrète porose au pied de la sacro-iliaque sur le versant iliaque, sans altération de l'interligne

Obs. 2 - Arthropathie sacro-iliaque droite à recrudescence dans le post-partum suivie d'une rechute spontanée un an plus tard. Tous les examens biologiques et radiologiques restent normaux.

Madame J... Annie, 25 ans, présente en 1959, en dehors de toute grossesse, une douleur de la fesse droite, irradiant à la face postérieure de la cuisse sans dépasser le creux poplité. Cette douleur disparaît totalement après une manipulation effectuée à cette époque. Une radiographie faite lors de ce premier épisode ne montre aucune lésion sacro-iliaque. Lors de la grossesse qui suit cet épisode douloureux, elle présente une petite rechute qui guérit spontanément. L'accouchement a lieu en juillet 1960, d'une manière normale. Un mois plus tard la douleur réapparaît d'une manière aiguë avec boiterie très importante, douleur intense à l'appui, forçant la malade à garder le lit où seule la position assise lui apporte quelque repos, la moindre tentative de mouvement faisant réapparaître la douleur. Le syndrome douloureux aigu persiste pendant dix jours puis disparaît sous l'effet du salgydal et de la phénylbutazone. Des examens effectués en pleine période douloureuse sont restés normaux : - vitesse de sédimentation : 4-13 mm

- numération formule sanguine : 4.410.000 GR

7.120 GB dont 49 % de PN'

- réaction de Vornes : 21

- radiographies : sacro-iliaques normales.

La malade vient consulter le 11 octobre 1961, plus d'un an après l'accouchement, pour une rechute de la même douleur depuis huit jours, sans cause déclenchante. A l'examen : il existe une douleur à la pression du pied de la sacro-iliaque droite, douleur réveillée à l'écartement des ailes iliaques et à l'appui monopodal. Pas de douleur au rapprochement ni au cisaillement. Le rachis lombaire est normal, les hanches également, il n'y a pas de signe de Lasègue.

Bien calmée à nouveau par aspirine et phénylbutazone ; pas de rechute jusqu'à ce jour.

Obs. 3 - Arthropathie sacro-iliaque du post-partum contemporaine d'une atteinte pubienne ; rechute lors d'un second accouchement.

Echec de plusieurs traitements. Résultat spectaculaire des manipulations.

Madame L... Danièle, 27 ans, présente après un premier accouchement en 1961 une douleur sacro-iliaque bilatérale à prédominance gauche associée à une douleur pubienne. La grossesse avait été normale, l'accouchement également. Il a existé un temps de latence de quelques jours entre l'accouchement et l'apparition de la douleur sacro-iliaque, prédominant à gauche, à la marche, à l'effort, disparaissant au repos, donc de type "mécanique".

A l'examen on retrouvait une douleur suraiguë de la sacro-iliaque gauche à la pression de l'interligne et aux manoeuvres d'écartement des ailes iliaques et de flexion - abduction de la cuisse.

Les radiographies ne montraient aucune atteinte sacro-iliaque, par contre il existait une disjonction pubienne.

Un essai de rééducation s'est soldé par un échec alors que trois manipulations ont entraîné une amélioration spectaculaire.

Quatre ans plus tard, en 1965, après une deuxième grossesse plus difficile que la première (une menace de fausse couche avait fait prescrire deux mois de repos total au lit avant l'accouchement), accouchement normal à terme. Quelques jours plus tard réapparition de la douleur sacro-iliaque gauche mais cette fois sans douleur pubienne. Le syndrome douloureux persiste jusqu'en décembre 1968 résistant aux anti-inflammatoires (indométacine) et à la rééducation. De nouvelles manipulations effectuées en décembre 1968 ont, de nouveau, un effet spectaculaire sur la douleur.

Convoquée par nos soins et revue en juin 1969, la malade ne souffre pratiquement plus, il ne persiste qu'une douleur minime de la sacro-iliaque gauche disparaissant au repos. Cependant l'examen réveille la douleur sacro-iliaque tant à la palpation directe qu'à l'écartement et au rapprochement des ailes iliaques et surtout à l'extension de la jambe droite avec hyperflexion de la jambe gauche sur le bassin. Pas de douleur de la symphyse pubienne à l'examen de ce jour.

Un contrôle biologique et radiologique avait été demandé, que la malade n'a pas fait.

Obs. 4 - Douleur sacro-iliaque droite apparue le lendemain d'un accouchement. Aspect élargi de la sacro-iliaque droite. Guérison complète et spontanée en trois mois. Petite rechute à gauche lors d'une deuxième grossesse.

Madame C... Geneviève, 25 ans, accouche le 7 septembre 1958 au huitième mois d'une grossesse normale. L'accouchement s'est déroulé sans problèmes. Le lendemain, apparition à la marche d'une douleur du bord externe de la cuisse droite qui se complète progressivement pour, au troisième jour, avoir le trajet suivant : fesse droite, face postérieure de cuisse, face postérieure du mollet sans atteindre ni le pied, ni la cheville. Les jours suivants, le syndrome douloureux s'intensifie entraînant une boiterie considérable avec recrudescence de la douleur lorsque la malade veut s'asseoir.

La douleur est telle que Madame C. est bientôt contrainte de garder le lit car elle est calmée par le repos allongé, immobile, la douleur se réveillant au moindre mouvement. L'examen confirme la localisation sacro-iliaque de la douleur, toutes les manoeuvres de mobilisation étant atrocement douloureuses. Il n'existe pas de signe de Lasègue.

La malade est hospitalisée le 8 novembre à l'Hôpital Lari-boisière. Les radiographies montrent un élargissement de la sacro-iliaque droite mais les contours articulaires sont normaux.

La vitesse de sédimentation est à 6-14 mm.

La numération formule sanguine montre : 4.360.000 GR

4.000 GB

dont 43 % de PN

Le taux des antistreptolysines est à 75 unités.

Une biopsie est proposée à la malade, mais elle la refuse.

Aucun effet du cortancyl et de l'aspirine qui sont rapidement arrêtés.

La guérison complète et spontanée survient trois mois après le début des troubles.

Lors d'une deuxième grossesse en 1959, une douleur de la fesse gauche est apparue, au septième mois, ayant duré huit jours pour disparaître spontanément.

L'accouchement en février 1960 s'est déroulé normalement sans aucune rechute.

Depuis cette date Madame C. n'a plus eu aucune manifestation douloureuse.

Obs. 5 - Sacro-iléite du post-partum chez une primipare améliorée par le traitement anti-inflammatoire, stabilisée par massages et rééducation.

Madame S... Danièle, 28 ans, présente après un premier accouchement normal en octobre 1967, une douleur sacro-iliaque droite apparue dès le lever au deuxième jour. Douleur empêchant la marche et calmée par le repos. L'examen réveillait la douleur spontanée à la pression de la sacro-iliaque droite et lors des manoeuvres de mobilisation de cette articulation.

Dans ses antécédents il y aurait eu un épisode de rhumatisme articulaire aigu sans atteinte cardiaque à l'âge de 18 ans (?).

La radiographie montrait une déminéralisation et un pincement du pied de la sacro-iliaque droite. Des tomographies effectuées au vu de cette image ne mettent en évidence que de petites irrégularités polycycliques du pied de la sacro-iliaque droite.

La numération formule sanguine était normale, mais la vitesse de sédimentation mesurée à trois reprises était élevée à 10 mm à la première heure, 20 mm à la deuxième heure ; puis 15-38 mm ; puis 37-72 mm.

Traitée par 30 mg par jour de cortancyl et extencilline (vu le possible antécédent de rhumatisme articulaire aigu) ; la douleur diminue sous l'effet de ce traitement associé à deux mois de repos total au lit. On arrête le cortancyl au deuxième mois : le syndrome douloureux réapparaît huit jours après l'arrêt de ce médicament. On poursuit alors le traitement par phénylbutazone qui a un effet sédatif immédiat mais ne peut être supprimée ou diminuée sans que la douleur réapparaisse.

Tout en poursuivant ce traitement, la malade commence une série de massages et rééducation qui, peu à peu, permettent de réduire puis de supprimer totalement la phénylbutazone sans qu'une rechute se manifeste.

Convoquée par nos soins et revue le 20 juin 1969 : Madame S. ne souffre plus et ne fait qu'une séance de rééducation par mois. L'examen est strictement normal, les manoeuvres de mobilisation des sacro-iliaques sont indolores, il n'existe qu'un point douloureux minime à la palpation du pied de la sacro-iliaque droite.

Un contrôle biologique et radiologique avait été demandé que la malade n'a pas fait.

Les cinq observations que nous avons recueillies nous semblent concorder assez bien avec les descriptions de ce syndrome faites par les différents auteurs qui se sont intéressés à cette pathologie sacro-iliaque.

En effet, Ingelrans et Oberthur d'une part, Tavernier d'autre part, ont à plusieurs reprises publié des cas d'arthropathies sacro-iliaques du post-partum.

Voici le résumé de leurs descriptions :

- L'arthralgie survient après un accouchement, prédomine ou siège d'un seul côté ; la douleur est nettement sacro-iliaque comme le démontrent les manœuvres de mobilisation de cette articulation, intense, rebelle parfois même au repos, durant parfois plusieurs années, la claudication y est fréquente, la sciatalgie inconstante. Ces auteurs notent fréquemment un élargissement uni ou bilatéral des interlignes, une discrète décalcification, parfois un aspect érosif.

Ces auteurs font également remarquer que les disjonctions pubiennes fréquentes lors de l'accouchement peuvent retentir sur les sacro-iliaques et inversement. Ils ont également noté, dans leurs observations que le décrochement du pubis était courant, constamment remonté du côté de la sacro-iliaque malade. Gaucher, Louyot, Manivit, Pourel et Montet font également le rapprochement entre symphysite pubienne et arthropathies sacro-iliaques. ✓

La cuti-réaction est le plus souvent négative et lorsque la persistance ou l'intensité de la douleur, ou une image radiologique douteuse ont conduit à opérer ces malades, Tavernier note que les lésions anatomiques à l'intervention sont minimales, les inoculations au cobaye et les cultures restant toujours négatives. Cet auteur est intervenu sur 9 malades qui avaient des modifications radiographiques manifestes des articulations sacro-iliaques : il n'a trouvé aucune anomalie appréciable de l'articulation ni de l'os voisin à l'intervention.

Quelles différences ou points particuliers avons-nous pu noter dans les observations que nous avons rapportées ?

Dans l'ensemble ces observations rejoignent les descriptions de la littérature mais nous nous permettons cependant d'insister sur plusieurs points particuliers :

- le caractère hyperalgique de la douleur, extrêmement intense, clouant la malade au lit, exacerbée par la moindre tentative de mobilisation et qui fait dire presque toujours sciatique hyperalgique ;
- la fréquence de la boiterie qui était déjà considérée comme un signe classique et que nous avons retrouvé à plusieurs reprises. Elle est due au réveil immédiat et électif de la douleur à l'appui, probablement par effet de cisaillement sur la sacro-iliaque. Une telle boiterie douloureuse est rare dans la sciatique et doit déjà donner l'éveil ;
- les rechutes fréquentes soit lors d'un accouchement ultérieur, soit lors d'une grossesse ;
- du point de vue thérapeutique, l'action souvent bénéfique du traitement par la phénylbutazone.

Enfin, nous voudrions attirer l'attention sur un point particulier de deux de ces cas. En effet, dans l'observation 2 et surtout dans l'observation 3 nous avons été frappés par l'effet bénéfique et même spectaculaire des manipulations, thérapeutique qu'Ingelrans et Oberthur déconseillent formellement.

Quelle est la nature de ces arthropathies sacro-iliaques ?

Deux théories principales viennent s'affronter pour essayer d'expliquer ce syndrome douloureux sacro-iliaque du post-partum :

1° La théorie traumatique et inflammatoire : lors de l'accouchement, la symphyse pubienne se relâche. Son diastasis provoque d'abord une tension des ligaments sacro-iliaques antérieurs mais surtout un relâchement des ligaments postérieurs et interosseux ; il se produit, par là même, un certain "jeu" dans les articulations sacro-iliaques qui réagiraient secondairement par une inflammation.

Le mécanisme serait comparable à celui qui se produit lors d'une entorse, le traumatisme initial étant ici l'accouchement.

Pellet en 1952 a défendu cette théorie, ou du moins le rôle mécanique de la symphyse pubienne dans son mécanisme :

- en effet, cet auteur fait intervenir dans le relâchement symphysaire pubien l'imprégnation hormonale gravidique. Chez l'animal, on a constaté que la relaxine distend la symphyse pubienne, mais cette hormone n'a jamais été retrouvée chez la femme. Par contre, la folliculine et la progestérone administrées simultanément provoquent un écartement de la symphyse pubienne, responsable secondairement du relâchement sacro-iliaque, source d'inflammation réactionnelle.

Cet auteur conclut : "il est logique de penser que les sacro-iliaques ne présentent souvent que des algies dont la cause peut avoir son siège au niveau d'une autre articulation pelvienne : on la trouvera au niveau de la symphyse pubienne".

De même Ingolrans regroupe, dans une entité qu'il appelle "le syndrome arthralgique des sacro-iliaques féminins trop laches", les arthropathies sacro-iliaques du post-partum et certaines arthropathies sacro-iliaques qu'il a observées chez des jeunes femmes sans traumatisme ni infection déclenchants. Il a noté que ces malades présentaient des signes d'hypotonicité et il émet, sans la démontrer, l'hypothèse d'une laxité excessive, peut-être d'un défaut de coaptation provoquant des tiraillements ligamentaires

2° La théorie infectieuse : elle est défendue par un certain nombre d'auteurs, surtout en ce qui concerne l'arthrite pubienne mais on peut transposer leurs arguments à la sacro-iliaque.

Gaucher, Louyot, Manivit, Pourel et Montet, en 1968, soutiennent cette théorie sans toutefois affirmer qu'elle est la seule susceptible d'engendrer des arthropathies sacro-iliaques.

Sans prendre les cas où le syndrome infectieux est évident ou probable (antécédent récent d'infection streptococcique ou colibacillaire), ces auteurs pensent qu'un certain nombre d'arthropathies sacro-iliaques ouubiennes du post-partum sont dues à une infection même si celle-ci ne fait pas sa preuve formelle.

Quel serait alors le mécanisme de l'infection ?

Le traumatisme de l'accouchement favoriserait le développement d'une arthrite pauci-microbienne, elle même favorisée par le relâchement des articulations pelviennes sous l'effet de l'état gravidique. Cette infection ne comprendrait qu'un nombre limité de germes, rapidement neutralisés par les propres défenses de l'organisme ce qui expliquerait l'absence de signes généraux, de signes biologiques (ponctions blanches notamment) et l'absence fréquente de signes radiologiques. Mais sur certains terrains la réaction inflammatoire à cette agression peut être intense, disproportionnée, créant le syndrome hyperalgique.

Par ailleurs cette théorie expliquerait également l'atteinte successive ou concomitante des articulations pubienne et sacro-iliaques, soit par migration de germes d'une articulation à l'autre, soit par atteinte simultanée.

Il est difficile de trancher et de dire avec certitude si la première théorie est meilleure que la seconde ou inversement.

Toutefois, en faveur de cette dernière, nous retiendrons un fait qui nous a frappé. Dans un certain nombre de nos observations ces jeunes femmes ont présenté une douleur sacro-iliaque pendant leur grossesse.

Le traumatisme obstétrical ne pouvant être invoqué ici, par quel mécanisme est apparue cette douleur sacro-iliaque ?

Certes, l'état gravidique a déjà modifié l'état des articulations et des symphyses mais pourquoi, sans traumatisme violent, comme celui de l'accouchement, ces jeunes femmes commencent-elles à souffrir, si, comme l'indique la première théorie, il s'agissait d'une étiologie purement mécanique ? En revanche, la possibilité d'une infection pauci-microbienne rapidement jugulée par l'organisme semble plus plausible, la grossesse favorisant une stase lymphatique et veineuse pelvienne propice au développement d'un germe jusqu'alors quiescent.

Cette seconde théorie expliquerait également les temps de latence qui existent souvent entre l'accouchement et l'apparition des premiers symptômes, temps pendant lequel l'infection reste infraclinique jusqu'au moment où, même jugulée par les propres défenses de l'organisme, elle a disparu mais laisse la place à une inflammation réactionnelle cliniquement bruyante.

Distension mécanique et inflammation ? Infection à minima ? Il est difficile d'être formel. Jesserer et Scholda cités par Gaucher et coll. en 1968, ont avancé que l'atteinte pubienne du post-partum pouvait être un syndrome de Sudeck et Leriche. Cette même théorie pourrait être reprise pour les articulations sacro-iliaques, expliquant ainsi les images de décalcification parfois observées au pied de la sacro-iliaque.

Nous pensons toutefois, comme tous les auteurs, que le traumatisme obstétrical est le "primum movens" de cette pathologie sacro-iliaque du post-partum, si ce n'est comme véritable étiologie, du moins comme étant la cause favorisante qui permet à un état latent (infection ou inflammation d'origine mécanique) de devenir patent.

B. LES ARTHROPATHIES SACRO-ILIAQUES CHRONIQUES DU POST-PARTUM.

Gaucher, Louyot, Manivit, Pourel et Montet rapportent deux observations d'arthropathies sacro-iliaques et pubienne du post-partum ayant évolué pendant plusieurs années pour aboutir à la guérison. Ces atteintes avaient été découvertes soit lors d'un accouchement soit dans leur deuxième observation, plusieurs années après une lombo-sciatalgie de type L5.

Nous n'avons personnellement trouvé aucune observation d'arthropathie sacro-iliaque chronique. Nous allons cependant présenter un cas qui nous a semblé probant pour démontrer la difficulté de diagnostic de ces atteintes sacro-iliaques et la méfiance continuelle que le clinicien doit avoir devant toute arthrite sacro-iliaque.

Obs. 6 - Madame I... Marie-Françoise, 26 ans, vient consulter pour la première fois le 24 mars 1955, deux mois et demi après son deuxième accouchement survenu le 11 janvier 1955, pour une sciatalgie droite. Cette douleur avait débuté trois semaines après l'accouchement (normal ainsi que la grossesse), progressivement, évoluant par crises de quelques semaines sans disparition complète entre les poussées. Aucun traitement n'avait été fait jusqu'à la date de la consultation.

La douleur unilatérale droite avait le trajet suivant : pointe de la fosse droite, face externe et postérieure de la hanche, face postérieure de la cuisse, creux poplité, face postérieure du mollet sans atteindre ni le talon ni le pied.

Cette douleur était continue, calmée par la position allongée immobile, exacerbée par la station debout, la marche, la montée des escaliers, le port de fardeaux.

L'appui était très pénible et douloureux, entraînant une boiterie considérable et obligeant la malade à se déplacer chez elle à cloche pied.

Aucune accentuation de la douleur à la toux, aucune autre douleur articulaire, pubienne en particulier.

Pas de fièvre mais une petite altération de l'état général.

On ne notait dans ses antécédents aucune notion de tuberculose ni de contagé, aucun antécédent rhumatismal. Une grossesse antérieure en 1951 avait été normale, l'accouchement n'avait été suivi d'aucun syndrome douloureux.

L'examen montrait : une petite douleur provoquée à la pression de la sacro-iliaque droite. Les manoeuvres de mobilisation de cette articulation étaient extrêmement douloureuses ; lors de la marche la malade boitait, esquivant le pas. Les mouvements de la hanche droite étaient limités et douloureux.

Le reste de l'examen était entièrement normal. La conclusion de l'examen clinique était la suivante :

- "Douleur de type sciatalgique droite et de la hanche droite évoquant une atteinte de la hanche et de la sacro-iliaque droites.

Le pied de la sacro-iliaque droite est douteux radiologiquement mais on ne peut conclure formellement et dire s'il s'agit d'un diastasis ou de lésions de type érosif intéressant la partie inférieure de la berge iliaque.

Ostéose iliaque condensante à gauche.

La vitesse de sédimentation était à 43-84 mm.

Traitement par repos et alcacyl ".

Revue le 7 avril 1955 : tous les signes cliniques sont majorés et rapportés à l'atteinte de la sacro-iliaque.

Hospitalisée le 9 avril 1955, les examens paracliniques montrent :

- un culot urinaire normal
- absence de germes au prélèvement vaginal
- pas de B.K. dans l'expectoration
- radiographie pulmonaire)
- urographie intraveineuse) normales
- cependant, la vitesse de sédimentation était constamment accélérée, à plusieurs reprises, aux alentours de 20 mm à la première heure, 50 mm à la deuxième heure, alors que la
- numération formule sanguine montrait : 3.990.000 GR
6.200 GB
- dont 53 % de polynucléaires
- des tomographies des sacro-iliaques^{n°} permettent pas de trancher : montrant sensiblement le même aspect que les radiographies standard.

L'intervention est décidée le 23 juin 1955 : le compte-rendu opératoire est le suivant :

"L'aspect macroscopique n'est pas en faveur d'une tuberculose. Il existe surtout une grande laxité articulaire et les cartilages sont intacts. Il y a toutefois des villosités synoviales. Prélèvement. On pratique un clivage de l'articulation sacro-iliaque par le procédé de Smith Petersen."

L'examen histologique donne enfin la clef du diagnostic : "les tissus mous renferment de nombreux follicules tuberculeux typiques. Le tissu osseux est le siège d'un remaniement important. La moëlle est fibrillaire ; l'endoste est en général inactif sauf au voisinage des tissus cartilagineux où il renferme quelques ostéoclastes".

Au total, il s'agissait donc d'une tuberculose sacro-iliaque ayant débuté après un accouchement ou démasqué par celui-ci.

De quelle nature est donc l'arthropathie sacro-iliaque chronique dont Gaucher et coll. rapportent deux cas ?

Là encore on peut discuter deux étiologies distinctes.

1^o Soit une arthropathie aiguë ou subaiguë curable ayant laissé des séquelles. - En effet, au décours de l'accouchement la première atteinte infectieuse ou purement mécanique et secondairement inflammatoire a pu laisser à titre de séquelles une disjonction et une laxité articulaires avec image radiologique d'élargissement de l'interligne. Cette laxité articulaire est par la suite la cause d'un mouvement de cisaillement de l'articulation sacro-iliaque entraînant une douleur mécanique chronique à la mobilisation de cette articulation notamment lors de l'appui à chaque pas.

Cette théorie peut expliquer certaines arthropathies sacro-iliaques chroniques mais ne devra être retenue qu'après avoir éliminé formellement la seconde étiologie possible :

2° Soit les arthrites sacro-iliaques chroniques vraies révélées par l'accouchement. - En effet, une arthrite sacro-iliaque inflammatoire ou tuberculeuse latente jusqu'alors peut devenir patente sous l'effet du traumatisme obstétrical alors qu'elle aurait pu rester silencieuse pendant plusieurs mois ou plusieurs années.

Pour être plus précis, il y a en France cette année un certain nombre de jeunes femmes qui ont une arthrite sacro-iliaque tuberculeuse ou staphylococcique ou spondylarthritique unilatérale au stade infraclinique (indolore). Parmi ces femmes en âge d'activité génitale, certaines vont par coïncidence mener à bien une grossesse en même temps que le début de leur maladie. Celle-ci se révélera facilement par la douleur sacro-iliaque en fin de grossesse ou après l'accouchement.

LES ARTHROPATHIES SACRO-ILIAQUES INFLAMMATOIRES CHRONIQUES.

Nous commencerons ce chapitre par une observation qui nous a paru particulièrement intéressante pour illustrer l'atteinte inflammatoire chronique des sacro-iliaques.

Nous ne rapporterons pas cette observation suivant l'ordre chronologique mais de la manière exacte dont le spécialiste de ville l'a vue.

Obs. 7 - Mademoiselle G... Georgette, 60 ans, vient consulter pour la première fois en décembre 1960 pour un syndrome douloureux polyarticulaire évoluant depuis trois ou quatre ans.

Les premières articulations atteintes ont été les chevilles, puis le poignet droit, plus récemment l'interphalangienne proximale du troisième doigt droit, le genou gauche, les épaules, la colonne cervicale.

La douleur était surtout nocturne, réveillant la malade vers 2 ou 3 heures du matin ; calmée par l'activité avec un dérouillage matinal d'une heure.

Dès le début elle avait été mise au cortancyl qui avait une action favorable sur ses douleurs mais toute tentative de sevrage les augmentait.

Dans ses antécédents on ne notait qu'une "sciatique" en 1931 ayant guéri en deux ans.

L'examen montrait une synovite débutante des deux épaules, du genou gauche, de l'interphalangienne proximale du troisième doigt droit et une arthrite plus évoluée du poignet droit.

La vitesse de sédimentation est à 52-88 mm.

On la laisse au même traitement corticoïde en attendant le résultat des examens complémentaires demandés ce jour.

Suivie par la suite régulièrement, bien améliorée par infiltrations, médroïl et quinericyl bien que la vitesse de sédimentation reste toujours aux alentours de 40 mm à la première heure, 75 mm à la deuxième heure.

Le Waaler Rose est positif au 1/64e en février 1960 ; au 1/123e en septembre 1960.

Le latex est positif ++ à deux reprises.

En septembre 1961, la malade se plaint de lombalgies apparues depuis deux à trois mois ; on demande alors une radiographie et on a la surprise de découvrir une image à laquelle on ne s'attendait pas. L'articulation sacro-iliaque droite est porotique sans interligne, la gauche est densifiée, également sans interligne.

On reprend alors l'interrogatoire sur l'épisode "sciatique" survenu en 1931 : il s'agissait en réalité d'une douleur de la fesse prédominant au membre inférieur gauche où elle descendait jusqu'au talon, avec une boiterie considérable. Il s'agissait d'une douleur diurne gênant la marche, ayant duré deux ans et ayant finalement cédé sous radiothérapie anti-inflammatoire, d'une manière durable sauf une petite rechute vers 1951-1952 peu importante.

Il n'existe aucun antécédent de conjonctivite, d'urétrite ni de psoriasis.

Jamais de rachialgie, sauf quelques douleurs du cou. L'examen du rachis était strictement normal.

La radiographie de 1931 était normale

Il s'agissait donc d'une arthrite sacro-iliaque bilatérale ayant duré deux ans et ayant précédé les premiers signes de polyarthrite rhumatoïde de 25 ans.

Le problème des arthropathies sacro-iliaques inflammatoires chroniques est complexe et reste souvent de diagnostic étiologique difficile.

Gerbaux en 1957, rapporte trois cas d'atteinte sacro-iliaque chronique ayant évolué sur plusieurs mois vers une apparente guérison sans qu'une étiologie précise ait pu être trouvée.

Les différentes investigations cliniques, paracliniques et les examens de laboratoire restent désespérément muets ou ne montrent que des perturbations non spécifiques et c'est souvent la seule évolution parfois après plusieurs années, qui permettra de rattacher cette arthrite sacro-iliaque à une maladie ou à un syndrome connus.

Nous pensons qu'il ne faut évidemment pas attendre cette évolution spontanée pour essayer d'établir l'étiologie de ces arthropathies. A notre avis, une fois épuisées les investigations cliniques et paracliniques susceptibles de donner la clef du diagnostic, il est indispensable de procéder à un examen qui souvent permettra de trancher : la biopsie chirurgicale avec examen anatomo-pathologique.

Certes, cette ultime investigation pourra elle aussi, être parfois en défaut mais elle permettra au moins, d'éliminer un certain nombre d'atteintes sacro-iliaques qui avaient échappé aux examens classiques.

Une atteinte tuberculeuse, à cocci ou autres germes, peut ainsi être mise au grand jour et permettre d'entreprendre un traitement qui eût été problématique et imprudent sans preuve formelle.

Mais parfois la biopsie ne montre, tout au plus, qu'une inflammation de la synoviale sans lésion tuberculeuse ou infectieuse et témoin d'une atteinte sacro-iliaque qui restera, jusqu'à preuve du contraire, isolée et ne rentrant dans le cadre d'aucune maladie connue.

C'est le problème de la monoarthrite sacro-iliaque.

L'évolution est alors capitale : ces malades devront être revus périodiquement tous les six mois à un an avec examens radiologiques et rhumatologiques courants (vitesse de sédimentation, numération formule sanguine, Waaler Rose, latex, antistreptolysines etc.)

En effet, l'évolution pourra faire apparaître une entité connue du rhumatologue telle que : une pelvi-spondylite rhumatismale, une polyarthrite rhumatoïde, un rhumatisme psoriasique. Cette dernière éventualité n'est d'ailleurs qu'une supposition car d'après la revue de la littérature que nous avons faite, notamment dans les travaux de Dryll qui s'est beaucoup intéressé au rhumatisme psoriasique, il résulte que l'atteinte isolée de la sacro-iliaque comme premier symptôme n'a jamais été observée.

La biopsie dans un premier temps, l'évolution par la suite nous semblent les deux éléments fondamentaux du diagnostic.

L'observation que nous avons rapportée, illustrant l'arthropathie sacro-iliaque chronique, est une démonstration claire de l'intérêt de l'évolution puisque dans ce cas les premiers signes de la polyarthrite sont apparus vingt cinq ans après l'atteinte des sacro-iliaques et qu'il est probable que même si l'on avait pensé à l'époque à demander les examens spécifiques de la polyarthrite rhumatoïde, ceux-ci auraient été négatifs.

Bien que la pelvi-spondylite soit exclue de ce travail, rappelons que l'atteinte sacro-iliaque inflammatoire peut y rester unilatérale pendant quelques mois ou années. C'est le type même de la monoarthrite sacro-iliaque inflammatoire non définitivement monoarticulaire mais inaugurale. Il faut toujours y penser.

I. L'ARTHROSE SACRO - ILIAQUE.

Tous les auteurs concordent pour faire de l'arthrose sacro-iliaque isolée une extrême rareté.

Branciforti donne de l'arthrose sacro-iliaque une description satisfaisante, comparable à celle des autres auteurs :

- La symptomatologie clinique est en règle générale très pauvre. Les patients accusent le plus souvent une petite douleur lombaire basse irradiée de type sciatalgique, augmentée par la marche et la station debout, calmée par le repos.

A l'examen, les signes décrits comme classiques de mise en évidence des lésions sacro-iliaques, sont souvent mis en défaut et l'unique signe qui semble constamment retrouvé est une douleur modeste à la pression directe de l'interligne, à sa partie basse, avec diffusion sciatalgique reproduisant la douleur connue de la malade.

Les examens spécifiques de l'inflammation restent négatifs et les radiographies, faites d'ailleurs le plus souvent pour la région lombo-sacrée, montrent des bourrelets ostéophytiques pointant du bord externe de l'ilion, le plus souvent à la partie inférieure de l'articulation sacro-iliaque. Ils se dirigent vers le sacrum, se voutant par dessus l'interligne articulaire. Il existe souvent un pincement de l'interligne et une ostéosclérose du pourtour.

Il est pratiquement impossible d'arriver à un diagnostic clinique et c'est donc le plus souvent la radiographie qui fera ce diagnostic.

Branciforti termine son étude clinique par un certain nombre de conclusions qu'il nous a paru intéressant de rapporter :

- L'arthrose sacro-iliaque est rarissime comme localisation isolée.
- Elle atteint le plus souvent des femmes adultes.
- Très souvent après un traumatisme.
- La symptomatologie clinique est très pauvre.
- La radio montre une ostéophytose du pôle inférieur de la sacro-iliaque de préférence sur le versant iliaque.
- L'arthrose sacro-iliaque guérit par immobilisation et physiothérapie, rarement par arthrodèse et perforation.

Nous n'avons personnellement pas trouvé d'arthrose sacro-iliaque isolée dans les dossiers que nous avons complusés, ce qui semble confirmer la rareté de cette atteinte isolée (4 cas sur 291 lésions sacro-iliaques observées).

Quelle est la cause de cette localisation arthrosique ?

Les auteurs semblent insister sur deux étiologies :

- les femmes multipares feraient plus fréquemment que les autres une arthrose sacro-iliaque. On rejoindrait ici la pathologie du post-partum où les distensions successives des articulations sacro-iliaques entraîneraient une laxité articulaire, cause de lésions dégénératives secondaires ;
- les traumatismes sur la région sacrée constitueraient le second facteur favorisant. Ceci s'expliquerait certainement par une disjonction traumatique de la sacro-iliaque au cours de l'accident, elle même source secondaire d'arthrose.

Vue la rareté de l'atteinte isolée de la sacro-iliaque au cours de l'arthrose, il ne faudra pas conclure trop vite à ce diagnostic même lorsque la radiographie est évidente. En effet, même s'il existe une arthrose sacro-iliaque indiscutable, peut-on la rendre responsable des douleurs accusées par la malade, ou n'est-elle que le piège tendu au clinicien et masquant une autre maladie ?

Il faudra donc, avant de porter le diagnostic d'arthrose sacro-iliaque isolée, éliminer un certain nombre d'affections beaucoup plus fréquentes :

- au premier plan de celles-ci se trouve la pathologie de la charnière lombosacrée et lombaire qui donne une douleur plus haut située, n'entraînant pas de boiterie mais s'accompagnant fréquemment d'une attitude antalgique. Un examen clinique complet et bien conduit, un examen radiologique avec clichés dynamiques permettront de rapporter la douleur présentée par la malade à la colonne lombaire et non à la sacro-iliaque ;
- viennent ensuite les différentes atteintes de la hanche qui peuvent donner des douleurs postérieures dans la fesse. D'où l'intérêt de faire un examen rhumatologique complet et approfondi de ces malades. La hanche devra être explorée dans tous ses mouvements afin de déceler une éventuelle limitation et une douleur provoquée reproduisant la douleur connue de la malade. De même le grand cliché pelvien permettra-t-il de dépister une lésion précoce de la hanche telle qu'un début de coxarthrose sur dysplasie ;
- la troisième cause d'erreur relativement fréquente, surtout chez les femmes obèses exposées également à l'arthrose sacro-iliaque, est constituée par la fibrosite de la région sacrée. D'où l'intérêt d'une palpation soigneuse de cette région à la recherche de petits nodules roulant sous le doigt, et dont la palpation réveille la douleur spontanée. Cette maladie est bénigne et souvent quelques infiltrations de ces nodules suffisent à faire disparaître toute douleur ;
- enfin, une dernière étiologie, non négligeable, devra être envisagée : celle d'une psychalgie. Certes, c'est avec beaucoup de prudence que devra être porté ce diagnostic et après avoir

éliminé formellement toute cause organique susceptible d'expliquer le syndrome douloureux. Un interrogatoire bien conduit "avec psychologie", pourra donner la clef du diagnostic en révélant une cristallisation somatique d'un problème psychique.

Nous ne pouvons nous contenter de la douleur provoquée à la pression au pied de la sacro-iliaque due beaucoup plus souvent à un nodule douloureux ou à une hypersensibilité personnelle attestée par d'autres zones algiques à la pression. Contrairement aux descriptions ci-dessus résumées de la littérature, nous pensons qu'on doit exiger la triade :

- douleur spontanée de topographie sacro-iliaque
- image radiologique d'arthrose sacro-iliaque

et seul lien valable entre ces deux éléments :

- la reproduction de la douleur spontanée par l'une des manœuvres de mobilisation de la sacro-iliaque.

Nous pensons donc que l'arthrose sacro-iliaque isolée, vue sa rareté, doit être considérée comme un diagnostic d'exception qui ne devra être porté qu'une fois éliminés tous les autres diagnostics possibles.

Chaque cas devra donc être étudié d'une manière très critique, objective, pour éviter des erreurs de diagnostic qui pourraient être graves de conséquences.

V. L'OSTEOCHONDRITE SACRO - ILIAQUE JUVENILE.

L'ostéochondrite sacro-iliaque, décrite par Ingelrans et Oberthur et assimilée par ces auteurs au "syndrome de l'articulation sacro-iliaque des adolescents" de Rogers et Cleaves, est d'un diagnostic difficile et il nous a semblé utile avant de commencer ce chapitre de rappeler les limites assez larges de l'image radiologique normale des sacro-iliaques de l'adolescent, image qui ne doit pas être considérée comme pathologique.

Coste et Vallée ont rappelé en 1957 les étapes du développement de la région sacro-iliaque. Chacune des vertèbres sacrées présente des points primitifs d'ossification déjà visibles à la naissance : un central et trois latéraux (neural, costal et transversaire) et des points secondaires :

- épiphysaires supérieur et inférieur apparaissant vers 10 à 12 ans
- épineux apparaissant vers 15 à 18 ans et grâce auxquels se fait la fermeture des arcs postérieurs ;
- et enfin, marginaux autour desquels tourne toute la pathogénie de l'ostéochondrite sacro-iliaque.

C'est au cours de l'adolescence que survient la coaptation entre sacrum et ilion.

Entre 16 et 20 ans, l'image radiologique de l'interligne sacro-iliaque est normalement plus large que chez l'adulte, les bords des deux os qui le constituent peuvent être moins réguliers, moins nets que chez l'adulte et marqués de profondes incisures sans qu'il s'agisse d'un processus pathologique. Mieux, entre les deux berges de ce large espace, peuvent se voir, sous certaines incidences des flots sombres témoins d'ossification en cours à partir d'une plaque marginale sacrée, ou à partir du dernier point de la crête iliaque.

Comment se présente l'ostéochondrite sacro-iliaque ?

Ingelrans en 1950 a rapporté six observations de cette maladie chez des adolescents des deux sexes âgés de 11 à 21 ans.

Les signes sont ceux d'une atteinte sacro-iliaque avec douleur de la fesse irradiée vers le membre inférieur, de type sciatalgique, boiterie, mais état général non altéré. L'examen clinique permet de rapporter la douleur à l'articulation sacro-iliaque : toutes les manœuvres de mobilisation de cet article sont douloureuses.

La radiographie est alarmante : elle évoque une sacro-coxalgie : interlignes irréguliers, élargis et flous, avec alternance de zones décalcifiées et de zones denses qui offrent l'aspect de séquestres. Dans quelques cas, les auteurs ont même observé un pincement de l'interligne qui devient très irrégulier avec un aspect nuageux de toute l'articulation.

La cuti-réaction est en règle générale, négative, il n'y a aucune notion de tuberculose en évolution et ces sujets ne font jamais d'abcès.

Sous l'effet du repos, la maladie évolue vers la guérison en 18 mois à deux ans.

Ingelrans préconisait en cas d'échec du repos, de la radiothérapie anti-inflammatoire et du traitement vitamino-calciqye, un traitement orthopédique (coquille plâtrée, lombostat), ou même chirurgical : arthrodèse de l'articulation donnant des résultats très satisfaisants.

Quelle est la nature de ce curieux syndrome sacro-iliaque ?

Rogers et Cleaves en 1935 comparaient ce tableau à des maladies déjà connues telles que la maladie de Legg-Perthes-Calvé ou la maladie d'Osgood-Schlatter.

Les différentes publications faites à ce sujet tant par Ingelrans et Oberthur que par Coste et Vallée, reprennent cette explication : l'ostéochondrite sacro-iliaque serait une ostéonécrose idiopathique aseptique avec condensation et fragmentation des noyaux d'ossification en cours. Le siège de cette ostéonécrose pourrait être précisé par une bonne technique radiographique : si la tomographie montre que l'image anormale est latéro-sacrée, antérieure, articulaire, il s'agit d'une épiphysite marginale ; si la lésion est postéro-supérieure, rétro-articulaire, il s'agit d'une nécrose du noyau de la crête iliaque.

L'ostéochondrite sacro-iliaque serait fréquemment associée à une autre localisation d'ostéonécrose notamment à une maladie de Scheuermann.

Lors de la révision de dossiers que nous avons faites à l'Hôpital Lariboisière dans le Service du Professeur de Sèze, nous n'avons pas trouvé d'observation convaincante pouvant illustrer la description faite par les différents auteurs cités ci-dessus.

Nous avons cependant tenu à rapporter une observation qui a fait évoquer le diagnostic d'ostéochondrite sacro-iliaque sans qu'il nous soit permis de l'affirmer. Nous aurions aimé revoir cette malade pour refaire un nouveau bilan, elle n'a malheureusement pas répondu à notre convocation.

Obs. 8 - Douleurs sacro-iliaques chez une jeune fille de 15 ans avec découverte d'une image anormale de la sacro-iliaque droite. Toutes les recherches bactériologiques restent négatives. Evolution sur quatre ans, stabilisation par rééducation. Association à une maladie de Scheuermann :

Mademoiselle P... Josette, 15 ans, vient consulter pour la première fois en décembre 1963.

Elle présente des douleurs lombaires et fessières à prédominance nocturne.

A l'examen : on note une cyphose dorsale à grand rayon et une petite douleur de l'articulation sacro-iliaque droite lors des manoeuvres de mobilisation de cette articulation.

La malade présente également une infection urinaire concomitante avec notion de découverte, en ville, à un examen antérieur, de bacilles acido-alcool-résistants dans les urines, sans leucocyturie associée.

La vitesse de sédimentation est à 4 mm à la première heure, 12 mm à la deuxième heure.

La radiographie montre une image d'érosion de la berge iliaque de la sacro-iliaque droite avec condensation de pourtour, même aspect en miroir sur la berge sacrée. Pas de géodes, pas de séquestres. Il est à noter que la même image avait déjà été notée lors d'un examen antérieur trois ans auparavant.

Des tomographies de la sacro-iliaque droite montrent un aspect élargi et grignoté de l'interligne sans séquestres ni géodes.

Le diagnostic de sacro-coxalgie est mis en doute car l'image radiologique après trois ans d'évolution est stable sans destructions ni géodes.

En mars 1964, la malade est adressée en consultation d'urologie où l'on pratique une urographie intraveineuse, culture sur milieu de Lowenstein et inoculation au cobaye à partir des urines. Tous ces examens restent négatifs.

Revue en février 1965 pour persistance de ses douleurs. Pas de signes objectifs à l'examen. Image stationnaire à la radio. On prescrit des séances de rééducation qui font disparaître les douleurs.

Nouveau contrôle en octobre 1965, la malade ne souffre plus, l'examen est normal, l'image radiologique est inchangée, la vitesse de sédimentation est normale.

En octobre 1967, elle consulte à nouveau pour lombalgies. A l'examen, il existe une cyphose dorsale avec hyperlordose lombaire d'autant plus douloureuse que la malade travaillait debout. La radiographie montre des signes d'épiphysite dorsale. L'image sacro-iliaque demeure stable. La malade est de nouveau améliorée par la rééducation.

Au total : devant la non évolutivité sur quatre ans de l'image sacro-iliaque, la vitesse de sédimentation normale, l'absence de B.K., la disparition spontanée des douleurs sous l'effet de la rééducation et l'association à une maladie de Scheuermann, le diagnostic d'épiphysite sacro-iliaque est porté.

Cette observation peut certes rentrer dans le cadre des ostéochondrites sacro-iliaques décrites précédemment. En effet, tous les signes présentés par cette malade peuvent être la traduction de cette maladie. Cependant, nous n'avons pas personnellement été convaincus par le diagnostic d'épiphysite sacro-iliaque, un certain nombre de points ayant attiré notre attention et nous ayant fait mettre en doute ce diagnostic :

- les douleurs présentées par la malade sont à prédominance nocturne, or si nous prenons le cas de la maladie de Legg-Perthes-Calvé à laquelle est comparée l'ostéochondrite, les douleurs sont maxima à la station debout, à la marche, calmées par le repos. Il devrait en être de même ici. La douleur à prédominance nocturne évoque beaucoup plus une étiologie inflammatoire ;
- l'épisode d'infection urinaire présenté par la malade est mal précisé et il nous semble que la découverte d'un bacille acido-alcoolo-résistant (même s'il s'agissait d'une souillure ou d'une erreur du laboratoire), aurait du rendre le diagnostic plus prudent. Certes, un examen rénal complet a été refait dans un service spécialisé ne montrant aucune atteinte tuberculeuse rénale. Mais est-on certain que cette malade n'a pas reçu, en ville lors de cet épisode infectieux urinaire un traitement antibiotique comportant notamment de la streptomycine, comme cela se fait souvent, à tort, et susceptible d'avoir décapité une tuberculose débutante ?

La symptomatologie douloureuse de cette patiente pourrait être l'expression soit d'une tuberculose sacro-iliaque évoluant à bas bruit mais, effectivement, les images radiologiques stables sur plusieurs années la rendent improbable, soit d'un rhumatisme inflammatoire, notamment une pelvi-spondylite rhumatismale, peu évolutive.

Nous pensons qu'avant de conclure au diagnostic d'ostéochondrite sacro-iliaque, il aurait été intéressant de faire une biopsie chirurgicale de la sacro-iliaque atteinte.

Sans vouloir mettre en doute l'ostéochondrite sacro-iliaque comme entité clinique, il nous semble que ce diagnostic, comme celui d'arthrose sacro-iliaque ne devra être porté qu'avec la plus extrême prudence, après avoir éliminé toutes les autres causes possibles et notamment la tuberculose sacro-iliaque et les rhumatismes inflammatoires débutants. Or, dans ce but, la biopsie, geste chirurgical simple et sans danger, peut être d'un grand secours et, là encore, peut éviter des erreurs regrettables. Elle n'apportera pas toujours la clef du diagnostic et si la clinique et les examens paracliniques font douter du diagnostic d'ostéochondrite sacro-iliaque, pourra parfois conduire à considérer cette arthropathie sacro-iliaque comme n'entrant dans le cadre d'aucun syndrome bien défini.

Ceci nous amène au chapitre suivant.

LES ARTHROPATHIES SACRO - ILIAQUES SUBAIGUES ET CHRONIQUES CLASSER.

Ces arthropathies restent une énigme pour le spécialiste car elles n'entrent dans aucun cadre bien établi. L'évolution sur des années, voire des dizaines d'années, n'apporte pas la solution de ce problème et c'est en vain que l'on cherche à "étiqueter" ce rhumatisme.

Nous allons rapporter un exemple illustrant assez bien les problèmes que peuvent poser ces malades.

Obs. 9 - (observation de ville du Docteur M. Lequesne).

Madame B... Andrée, 32 ans, vient consulter pour la première fois en juin 1955. Elle a déjà un long passé de douleurs fessières et pseudo-sciatique gauche dont voici le résumé :

- Cette douleur qui est ressentie à la partie supérieure de la fosse gauche et aussi à la partie inférieure de celle-ci, près du pli fessier et qui irradie inconstamment le long de la face postérieure de la cuisse sans atteindre jamais le creux poplité, en pseudo-sciatique très incomplète, a commencé à l'âge de 23 ans, dès le premier mois de la première grossesse de cette femme. Mais ce fut un accès passager qui dura seulement quelques semaines, pour s'amender, puis rechuter ensuite à deux ou trois reprises avant l'accouchement. Dès cette période la douleur est accentuée par le travail, la marche, la fatigue, et elle est calmée à partir du quatrième mois, parce que la patiente cesse son activité et reste allongée une partie de la journée.

Elle accouche le 17 janvier 1946 sans ressentir de douleur fessière. L'accouchement et les suites de couches sont normaux : elle se lève au huitième jour.

Deux ou trois mois après l'accouchement, elle subit sa première crise de douleur sacro-iliaque, réellement très intense. Sur un fond douloureux permanent, durant toute l'année, vont ainsi survenir trois à quatre crises très violentes, dont le déroulement est le suivant :

- douleur rapidement croissante de la région fessière, empêchant bientôt la marche et même la station debout, obligeant à l'alitement durant six à huit semaines chacune, empêchant même les mouvements dans le lit.

Ainsi, au cours de la première crise survenue six mois après l'accouchement, et de la deuxième crise survenue dix-huit mois après l'accouchement, cette patiente ne pouvait supporter qu'on lui passât un bassin dans son lit, elle ne pouvait même pas supporter que l'on marchât dans sa chambre sans que la douleur ne subisse une exacerbation très pénible. Elle restait aussi immobile que possible, sur le dos. La toux, l'éternuement étaient particulièrement redoutés "une véritable terreur", dit-elle, tant ils exacerbaient la douleur. Les mouvements des cuisses sur le bassin étaient si douloureux qu'elle ne parvenait pas à placer des suppositoires calmants.

Durant ces crises, la vitesse de sédimentation était accélérée, mais il n'y avait pas de fièvre ni d'amaigrissement.

Dans l'intervalle des crises, il persistait une douleur qui n'empêchait pas le travail, mais qui était électivement réveillée par la marche et calmée par l'immobilité assise ou au lit, sans crise douloureuse nocturne. Le dérouillage matinal était particulièrement pénible : les premiers pas étaient extrêmement lents, ce dérouillage durait de 15 à 60 minutes. Une station assise de plus d'une demi-heure donnait lieu au même dérouillage très pénible au moment de se relever. Il y avait, de plus, une exacerbation de la douleur avant les règles, dans les 5 à 6 jours qui les précédaient, et ceci régulièrement. Il n'y avait pas d'exacerbation douloureuse par la défécation ou au cours des rapports sexuels.

Cette douleur était clamée par l'aspirine.

Surtout, signe frappant, cette douleur s'accompagnait constamment d'une boiterie, plus ou moins marquée suivant les phases douloureuses, boiterie qui obligeait la malade à pencher le tronc du côté douloureux, comme dans la démarche de Trendelenburg. Au cours des crises les plus pénibles, cette malade était obligée de s'appuyer sur deux chaises pour marcher, ou au moins de s'appuyer aux meubles.

Après quelques années d'évolution, au cours desquelles les crises se sont espacées sans que le fond douloureux à la marche s'atténue, cette malade a consulté un rhumatologue et un chirurgien orthopédiste, qui ont porté le diagnostic de : lombosciatique, comme les précédents examinateurs, de 1945 à 1950, et décidé l'intervention.

Nous n'avons pas pu retrouver le compte-rendu opératoire, mais on a affirmé à la patiente qu'on n'avait pas trouvé de hernie discale et qu'on s'était contenté de faire une greffe L5-S1. L'intervention a eu lieu en juin 1950 ; elle a été suivie d'une immobilisation sur lit dur durant quarante jours. Dès le 41ème jour, le premier jour du lever, cette malade mettant le pied à terre retrouve exactement la même douleur à l'appui du corps sur le membre inférieur gauche.

De 1950 à 1955, elle continue de souffrir de cette même douleur avec des poussées moins marquées, mais un fond douloureux permanent inchangé, sans aucune période d'accalmie complète.

Antécédents personnels.

L'interrogatoire apprend que d'autres localisations douloureuses existent depuis longtemps chez cette patiente.

Elle souffre d'un syndrome douloureux chondo-costal, médian et latéralisé vers la droite, à la hauteur des 2ème et 3ème cartilages costaux, depuis l'âge de 15 ans. Syndrome organique, puisque la douleur est augmentée par la toux, par la respiration profonde et par l'éternuement, augmentée par la pression, syndrome qui sera surtout marqué de 22 ans à 25 ans. Douleur à peu près permanente, sans poussée évolutive nette, sans signe radiographique.

En 1947 on intervient sur la région douloureuse. On affirme à la malade qu'aucune lésion histologique tuberculeuse n'a été décelée. A la suite de cette intervention elle souffre beaucoup moins. Toutefois, quelques mois plus tard, la douleur chondrale droite réapparaît, moins marquée qu'auparavant, mais très persistante puisqu'actuellement encore cette malade en souffre par poussées, sans qu'aucun traitement ne la soulage vraiment : ni les antalgiques (aspirine), ni les anti-inflammatoires par voie générale, ni l'hydrocortisone locale. Dans l'ensemble, cette douleur est calmée par le repos, et augmentée par le surmenage et les contrariétés.

D'autre part, cette malade a présenté une synovite du poignet gauche, en 1953, avec une vitesse de sédimentation à 18 - 41 - 81 mm, en début de cure à Aix-Les-Bains. Elle a présenté une synovite analogue du poignet droit, qui comme la précédente fut régressive en quelques semaines, l'année suivante, en 1954.

A l'examen, en juin 1955, cette malade ne présentait pas de signe de Lasègue ; aucun signe radiculaire de sciatique, mais par contre un point douloureux très net à la pression de la partie inférieure de l'interligne sacro-iliaque gauche. Surtout, les manœuvres mettant en jeu la sacro-iliaque, reproduisaient exactement la douleur connue de la malade depuis dix ans. L'écartement des ailes iliaques déclenchait une douleur fessière et pseudo-sciatique très pénible ; de même que le rapprochement des ailes iliaques et le cisaillement.

La radiographie révélait dès 1949 une image typique d'arthrite vraie sacro-iliaque gauche, avec pseudo-élargissement de l'interligne par grignotage des deux berges (et sacrée et iliaque) et condensation en bordure. Image étendue à toute la hauteur de l'interligne.

Cette malade résistait à tous les traitements médicaux, l'arthrodèse bloquant la sacro-iliaque est conseillée, car si à l'époque, son arthrite paraissait avoir cessé d'évoluer (vitesse de sédimentation 7-20 mm et image radiographique stable), en revanche, la dislocation séquellaire de la jointure paraissait entretenir de fortes douleurs à la marche et à la fatigue.

Intervention le 22 mars 1956, par le Docteur Padovani : arthrodèse de la sacro-iliaque par deux greffons transversaux

L'aspect macroscopique n'est pas celui de la tuberculose, l'articulation est sèche, il y a peu de modifications décelables.

L'examen histologique des fragments osseux et synoviaux ne révèle aucune lésion tuberculeuse.

Dès le lever, deux mois plus tard, cette patiente dit que sa douleur a diminué de plus de 75 p. 100 et, dans les mois qui suivent, elle reprend une activité tout à fait normale et même exagérée : supporter de longues marches et un certain surmenage.

Elle ne souffre plus que très modérément et de temps en temps dans les périodes pré-menstruelles. Petite exagération douloureuse, qui est d'ailleurs palliée, par l'administration de diamox.

Cette guérison apparente se maintient pendant quatre ans.

En mai 1960, la malade revient consulter pour une crise sacro-iliaque identique aux précédentes, mais cette fois-ci à droite. Douleur permanente, de jours comme de nuit, mais exacerbée par la position debout et la marche, médiocrement calmée par le repos.

Un traitement corticoïde à doses modestes prescrit en ville n'a donné que peu d'amélioration.

A l'examen : la sacro-iliaque droite est très douloureuse à la pression, douleur réveillée par les différentes manoeuvres de mobilisation de cet article. Il n'existe pas de signe de Lasègue.

Un traitement comportant repos au lit en coquille plâtrée et phénylbutazone fait diminuer la douleur mais la malade rechute dès le lever au quinzième jour.

Un traitement par cortancyl (50 mg / jour pendant dix jours) amène une amélioration très nette, qui se maintient lorsque la dose journalière est progressivement ramenée à 10 mg / jour.

La vitesse de sédimentation est à 4 mm à la première heure ; la numération formule sanguine montre un chiffre de 10.400 globules blancs dont 66 % de polynucléaires.

Au cours de l'année 1961 : douleur pubienne ayant duré trois semaines pour disparaître complètement, douleur thoracique antérieure gauche entre le deuxième et le troisième espace par accès intermittents.

Pendant l'année 1962, nouvelle crise d'atteinte sacro-iliaque droite, thoracique, coude et épaule droits ayant obligé d'augmenter à plusieurs reprises la corticothérapie.

Les différents clichés dorsaux, lombaires et pelviens, montrent une sacro-iliaque droite normale et l'absence de toute ossification intersomatique dorsale et lombaire.

Pendant l'année 1963, nouvelle crise douloureuse sacro-iliaque droite et atteinte des deux genoux, des deux épaules, du dos de la main droite.

Les différentes vitesses de sédimentation faites en cours d'année, au moment des atteintes douloureuses, étaient toujours très modérément accélérées.

Les numérations formules sanguines étaient normales.

La réaction de Waaler Rose, le test au latex et le test au Cétavlon (faits à Pasteur) étaient négatifs.

L'uricémie, vérifiée à plusieurs reprises, était normale aux alentours de 50 mg.

De juin 1963 à septembre 1964, rémission totale du syndrome douloureux et au début du mois de septembre 1964, rechute par une synovite du poignet droit.

Le Waaler Rose et le latex sont de nouveau négatifs, la vitesse de sédimentation est à 16-45 mm.

Cette synovite du poignet droit résistera à tous les traitements locaux et généraux et conduira à pratiquer une synovectomie subtotale en septembre 1965.

Mais le cours de la maladie persiste et l'on est contraint de continuer une corticothérapie assez élevée.

Depuis juin 1966, cette malade est partie vivre à l'étranger, et nous avons pu simplement savoir par l'une de ses amies, que sa symptomatologie douloureuse persistait sans qu'un diagnostic précis ait pu être établi.

Comme le dit notre Maître S. de Sèze, les cas atypiques, les rhumatismes aberrants, navrent l'enseignant, parce qu'ils compliquent son exposé, mais réjouissent le chercheur qui sait bien que rien n'est simple.

Le cas de Madame B. est assez exemplaire à cet égard. Il prouve qu'il existe des monoarthrites sacro-iliaques demeurant inclassables, mais dont il faut connaître l'existence. En effet, dans cette observation, les seules "étiquettes" ne forçant pas les faits ont été :

- d'abord celle de monoarthrite de la sacro-iliaque gauche, localisation prédominante mais non exclusive (quelques épisodes de douleurs chondro-costales et des poignets). Cette arthrite sacro-iliaque resta fort douloureuse pendant dix ans et cessa de l'être seulement après l'arthrodèse en 1956.
- Puis, on peut parler "d'oligoarthrite à classer", lorsque survient la localisation inflammatoire chronique du poignet droit avec, alors seulement et désormais, une vitesse de sédimentation modérément accélérée (en moyenne 20 à 25 mm à la première heure).

Certes, la localisation thoracique (chondro-costale) évoluant par épisodes douloureux, la douleur sacro-iliaque controlatérale peuvent évoquer le diagnostic de pelvi-spondylite rhumatismale. Mais la sacro-iliaque droite reste toujours radiologiquement normale, il n'y a aucune atteinte rachidienne radiologique ni même clinique (pas de douleur ni de raideur).

La survenue d'une éruption psoriasique aurait pu éclaircir ce cas de façon assez satisfaisante, mais, jamais, cette éventualité attendue, guettée, dont la malade était prévenue, n'est venue ici "éclairer notre lanterne". Quant à la sérologie rhumatoïde, elle est toujours restée négative.

Au total : il faut connaître l'existence de ces monoarthrites sacro-iliaques qui peuvent rester isolées très longtemps et qui, au fil des années d'une longue observation, peuvent évoluer dans trois directions différentes :

1^o Evolution vers une pelvi-spondylite rhumatismale. On en connaît d'assez nombreux cas, et la notion d'une atteinte sacro-iliaque, d'abord unilatérale et le restant quelques mois ou années, est classique. Cette atypie peut se prolonger notamment chez la femme dont la pelvi-spondylite rhumatismale est volontiers atypique.

Nous n'avons pas donné dans ce travail, les observations du Centre Viggo Petersen correspondant à ce groupe puisque nous avons exclu la pelvi-spondylite rhumatismale du cadre de ce mémoire.

2^o Evolution vers une polyarthrite rhumatoïde. Eventualité très rare dont nous rapportons un cas (obs. 7 - Mlle G.) où la sacro-iléite a précédé la polyarthrite rhumatoïde de 25 ans.

Il faut donc demander une sérologie rhumatoïde, même dans une localisation inflammatoire mono-articulaire aussi atypique que la sacro-iliaque.

3° Evolution vers une oligoarthrite ou un rhumatisme inflammatoire inclassable, comme dans le cas de Madame B. (obs. 9 - ci-dessus).

Pelvi-spondylite rhumatismale féminine hautement atypique ou polyarthrite rhumatoïde séro-négative non moins anormale, batarde ? ou rhumatisme psoriasique avant l'apparition du psoriasis ? On y pense, bien sûr, il est impossible de l'affirmer.

PROBLEMES D'ENSEMBLE DU DIAGNOSTIC ET DU TRAITEMENT ; CONDUITE PRATIQUE.

Après avoir envisagé successivement les différentes arthropathies sacro-iliaques rares ou trompeuses, nous allons essayer d'étudier quelle est la conduite pratique que peut adopter le spécialiste devant une arthropathie sacro-iliaque. en ce qui concerne le diagnostic et le traitement.

Nous pensons qu'il est utile pour cette étude pratique de diviser ce grand groupe des arthropathies sacro-iliaques en deux sous-groupes, tels qu'ils se présenteront dans la pratique courante :

- les arthropathies sacro-iliaques à début aigu, récent ;
- les arthropathies sacro-iliaques prolongées (temps d'évolution supérieur à trois mois).

A. LES ARTHROPATHIES SACRO-ILIAQUES A DEBUT AIGU RECENT.

1° Dans le post-partum ou les suites opératoires on est appelé à examiner une malade qui dans les suites immédiates d'un accouchement ou d'une opération présente une arthropathie sacro-iliaque aiguë. L'interrogatoire devra faire préciser une éventuelle aura infectieuse, fait fondamental pour l'établissement du traitement :

a) Si le contexte infectieux est très marqué attesté par :

- un accouchement compliqué (forceps, déchirure périnéale) ou une opération difficile (sur le petit bassin notamment) ;
- une température élevée avec frissons témoins d'un passages de germes dans le sang ;
- une hyperleucocytose avec polynucléose élevée ;
- une vitesse de sédimentation supérieure à 60 mm à la première heure (des chiffres inférieurs ne sont pas significatifs dans le post-partum, l'élévation de la vitesse de sédimentation due à la grossesse, persistant quelques jours à quelques semaines encore) ;
- des hémocultures positives ;

on devra avoir recours à un examen simple, susceptible de mettre en évidence l'atteinte infectieuse de la sacro-iliaque : la ponction de l'articulation douloureuse faite dans les conditions d'asepsie parfaite.

La moindre goutte de pus ou de sérosité retirée devra être ensemencée sur milieux appropriés et l'on pourra commencer un traitement antibiotique suffisant (en évitant les antibiotiques anti-tuberculeux tels que la streptomycine). associé à un traitement anti-inflammatoire prudent à base de phénylbutazone ou d'indométacine.

b) Si le contexte infectieux est modéré ou nul :

- à la suite d'un accouchement normal ou d'une opération simple et se traduit par :

- . l'absence de température et de frissons ;
- . l'absence d'hyperleucocytose ;
- . une vitesse de sédimentation modérément accélérée entre 30 et 50 mm à la première heure ;

il faudra alors "miser" sur le diagnostic "d'arthropathie du post-partum curable" pour laquelle deux solutions thérapeutiques se présentent :

- soit un traitement anti-inflammatoire seul associé au repos complet au lit ;
- soit, comme dans les arthrites pubiennes, un traitement anti-inflammatoire associé à un traitement antibiotique modeste, parce que beaucoup de ces arthropathies du post-partum semblent comme l'arthropathie pubienne pouvoir être des arthrites paucimicrobiennes non suppurées, sans que l'examen bactériologique local puisse le prouver le plus souvent.

2° En dehors du post-partum ou des suites opératoires : là encore il peut exister dans les antécédents immédiats des facteurs évoquant une atteinte microbienne sacro-iliaque : infection récente de la sphère O.R.L., furoncle, etc. Le tableau clinique attire d'emblée l'attention par sa note infectieuse très marquée et entraînera la ponction, nous ramenant au chapitre précédent.

Mais le plus souvent, pas de contexte infectieux et dans ce cas il faudra des recherches cliniques et biologiques souvent complexes et longues pour en déterminer la cause, nous allons envisager ce problème dans le prochain chapitre.

B. LES ARTHROPATHIES SACRO-ILIAQUES PROLONGEES.

Qu'entendons-nous par "prolongées" ?

Nous avons arbitrairement fixé un délai de trois mois après le début des premières manifestations cliniques pour parler d'arthropathie sacro-iliaque prolongée. En effet, une arthropathie sacro-iliaque qui, au bout de trois mois, n'a pas fait sa preuve étiologique, doit être considérée comme hautement suspecte et doit entraîner tout un protocole de recherches cliniques et para-cliniques que nous allons envisager dans ce chapitre.

Il peut s'agir soit d'une arthropathie sacro-iliaque que l'on est amené à examiner pour la première fois, soit d'une arthropathie sacro-iliaque du post-partum ou sans cause déclenchante apparente, que l'on a suivie depuis le début et qui, malgré les traitements anti-inflammatoires et antibiotiques, persiste ou même s'aggrave.

Devant cette arthropathie sacro-iliaque prolongée, il faudra reprendre avec soin l'interrogatoire du malade, l'histoire de la maladie et demander des examens plus complexes, orientés vers telle ou telle maladie. L'interrogatoire devra faire préciser :

- outre le mode de début (cours de grossesse, post-partum, spontané)
- l'horaire des crises douloureuses
- le caractère de la température (un fébricule vespéral orientant plutôt vers une tuberculose, alors qu'une fièvre oscillante fera plutôt penser à une méliococcie)
- l'existence de douleurs d'autres articulations
- la notion d'un contagio tuberculeux récent.

En sus des examens courants tels que : vitesse de sédimentation, numération formule sanguine, taux d'antistreptolysines qui devront être répétés fréquemment, on devra demander :

- des clichés comparatifs tous les deux à trois mois, à intervalles réguliers pour juger de l'évolutivité des lésions radiologiques. Le moindre doute devra entraîner :
- la prise de tomographies à la recherche notamment de séquestres
- la cuti-réaction et l'intradermo-réaction à la tuberculine ne devront pas être négligées
- de même, le séro-diagnostic de Widal à la recherche d'une typhoïde
- le séro-diagnostic de Wright et l'intra-dermo-réaction à la mélitine, pour mettre en évidence une brucellose
- la ponction directe de l'articulation, à l'aiguille permettra de faire des examens microscopiques et des cultures pour mettre en évidence un éventuel germe
- enfin, réaction de Waaler Rose et test au latex

Mais parfois toute cette batterie d'examens paracliniques reste négative. Cette éventualité constitue, à notre avis, l'indication d'une biopsie chirurgicale exploratrice, intervention simple actuellement et qui permettra parfois de rapporter cette arthropathie sacro-iliaque à un cadre connu, si l'on a soin d'ajouter l'examen bactériologique extemporané à l'examen histologique.

Plusieurs éventualités sont alors à considérer :

- Ou bien cette monoarthrite rhumatismale, sans entrer formellement dans l'une de ces éventualités, les fait soupçonner : notamment si elle évolue par poussées suivies de rémissions, avec, à chaque poussée, forte augmentation de la vitesse de sédimentation. Seule l'évolution pourra donner un jour la clef du diagnostic, souvent des années après la première atteinte articulaire.

3° Enfin, dernière éventualité : cette arthropathie sacro-iliaque est une séquelle mécanique d'une atteinte antérieure.

En effet, une arthrite aiguë inflammatoire ou infectieuse spontanément guéries, comme celles que l'on voit dans le post-partum peut laisser à titre de séquelles une disjonction de l'articulation avec mouvement de cisaillement à chaque pas entraînant la douleur et pouvant même provoquer à la longue une arthrose sacro-iliaque.

Ceci est comparable aux coxarthroses apparaissant après une coxite aiguë guérie.

Le traitement devra comporter de la rééducation, une ceinture de maintien lors de la marche.

Si la douleur persiste malgré cette thérapeutique, un blocage de l'articulation devra être envisagé.

LES ARTHROPATHIES SACRO-ILIAQUES RARES OU DE DIAGNOSTIC DIFFICILE

CONCLUSIONS.

I. CADRE DE CE TRAVAIL.

Nous n'avons considéré dans ce travail que les arthropathies sacro-iliaques rares ou de diagnostic difficile et survenant comme premier symptôme, à l'exclusion de celles qui s'intègrent d'emblée dans une affection déjà connue telle que polyarthrite rhumatoïde, mélitococcie ou goutte. De même, nous avons éliminé de notre étude des arthropathies sacro-iliaques bien connues actuellement: infections suppurées, pelvispondylite rhumatismale et ostéose iliaque condensante.

II. LES ARTHROPATHIES SACRO-ILIAQUES SUBAIGUES DU POST-PARTUM.

Elles sont souvent prises pour une sciatique. Survenant dans les premiers jours suivant l'accouchement, parfois en fin de grossesse, elles sont souvent hyperalgiques, clouant la malade au lit. Elles simulent une douleur sciatique par leur irradiation vers le membre inférieur, pouvant atteindre, voire même dépasser le creux poplité sans atteindre le pied ; elles sont souvent la cause d'une boiterie importante.

L'examen bien conduit permettra de rapporter cette douleur à l'articulation sacro-iliaque : la pression de l'interligne articulaire et les manoeuvres de mobilisation de l'articulation sacro-iliaque réveillent la douleur connue de la malade.

Leur durée est en règle générale brève, cédant au repos, au traitement anti-inflammatoire et antibiotique.

Deux théories principales tentent d'expliquer la nature de ces arthropathies sacro-iliaques :

- a) mécanique et inflammatoire : le traumatisme obstétrical distendant l'articulation qui réagirait par une inflammation secondaire ;
- b) pauci-microbienne : infection à minima de l'articulation rapidement jugulée par les propres défenses de l'organisme.

Nous avons illustré ces arthropathies sacro-iliaques subaiguës par cinq observations qui nous semblent probantes.

Rarement elles peuvent passer à la chronicité (une observation) et devront être considérées avec méfiance, car l'accouchement n'est souvent, alors, que la cause révélatrice d'une arthropathie sacro-iliaque tuberculeuse ou inflammatoire entrant dans le cadre d'un grand rhumatisme connu.

III. L'OSTEOCHONDRITE SACRO - ILIAQUE JUVENILE

Les signes sont ceux d'une atteinte sacro-iliaque avec la douleur irradiée, la boiterie et l'examen clinique réveillant la douleur par les manœuvres habituelles.

La radiographie est alarmante évoquant l'image d'une sacro-coxalgie, mais sans séquestre ni géode.

L'évolution se fait vers la guérison en dix-huit mois à deux ans sous l'effet du repos et du traitement anti-inflammatoire. Il est rare d'avoir recours au traitement orthopédique ou chirurgical (arthrodèse).

L'ostéochondrite sacro-iliaque est une nécrose intéressant les noyaux d'ossification de l'articulation sacro-iliaque, comparable à la maladie de Legg-Perthes-Calvé.

Nous pensons que le diagnostic d'ostéochondrite sacro-iliaque est souvent porté à tort et qu'il est nécessaire d'avoir éliminé d'autres étiologies plus graves de conséquences avant d'envisager celle-ci.

Nous rapportons une observation de cette maladie : elle nous a semblé douteuse et nous avons essayé d'en faire une étude critique détaillée.

IV. L'ARTHROSE SACRO - ILIAQUE.

L'arthrose sacro-iliaque isolée est d'une extrême rareté. Lors de la révision des dossiers nous n'avons trouvé aucune observation illustrant cette maladie.

La symptomatologie est pauvre, se résument à une petite douleur sacro-iliaque généralement assez localisée, irradiant peu et retrouvée lors des manœuvres de mobilisation sacro-iliaque.

La radiographie montre une ostéophytose du pied de la sacro-iliaque.

Là encore il faudra éliminer d'autres étiologies avant de conclure à ce diagnostic.

V. LES ARTHROPATHIES SACRO-ILIAQUES INFLAMMATOIRES CHRONIQUES.

Elles existent, nous en rapportons deux observations :

- l'une ayant évolué vers une polyarthrite rhumatoïde 25 ans après l'atteinte sacro-iliaque,
- l'autre vers une oligo-arthrite inflammatoire inclassable après 20 ans d'évolution.

Ces arthropathies sacro-iliaques chroniques, au fil des années d'une longue observation, évoluent vers trois directions différentes :

- a) une pelvi-spondylite rhumatismale souvent atypique
- b) une polyarthrite rhumatoïde
- c) une oligoarthrite ou un rhumatisme inflammatoire inclassable (pelvi-spondylite hautement atypique? polyarthrite rhumatoïde séro-négative "batarde" ? rhumatisme psoriasique avant l'apparition du psoriasis ?)

VI. DIAGNOSTIC ET TRAITEMENT.

Enfin, dans un dernier chapitre, nous décrivons ce que doit être la démarche diagnostique et thérapeutique du clinicien devant une atteinte sacro-iliaque aiguë, non suppurée, ou subaiguë et chronique non pelvi-spondylitique, et nous tentons de donner une sorte de fil d'Ariane du diagnostic.

=====

11. INGELRANS P. - Arthrites chroniques sacro-iliaques non tuberculeuses. - R.v. Rhum., 1946, 6, 168-173.
12. INGELRANS P. - Les arthrites sacro-iliaques chroniques non tuberculeuses. - Lille chir., 1950, 26, 68-77.
13. INGELRANS P. - Formes chirurgicales des arthralgies et arthrites sacro-iliaques non tuberculeuses. - Rev. Rhum., 1950, 17, 387-406.
14. INGELRANS P. - Les arthrites sacro-iliaques chroniques non tuberculeuses. - Bruxelles méd., 1950, 35, 1811-1820.
15. INGELRANS P. et OBERTHUR H. - Les arthrites chroniques sacro-iliaques non tuberculeuses. - Rev. orthop., 1949, 35, 281-318.
16. INGELRANS P. et OBERTHUR H. - Les arthrites chroniques sacro-iliaques non tuberculeuses. - Rev. orthop., 1949, 35, 492-494.
17. INGELRANS P. et OBERTHUR H. - Les arthrites sacro-iliaques non tuberculeuses. - Paris méd., 1950, 140, I-II.
18. ILLOUZ G. et COSTE F. - Le signe du trépied dans l'exploration clinique des sacro-iliaques. - Presse Méd., 1964, 72, 1979-1980.
19. KOHLER C. et ZIMMER A. - Les limites du normal et les débuts du pathologique dans la radiographie du squelette. - Röntgenologie, 1 vol., 417-423.
20. LASSERRE M.C. - Trois variétés exceptionnelles d'arthrites et d'arthroses sacro-iliaques. - Rev. Rhum., 1950, 17, 487-489.
21. ORDONNEAU P. - Diagnostic des algies sacro-iliaques. - Immex, 1965, 2, 31-36.
22. ORDONNEAU P. - Diagnostic des douleurs sacro-iliaques. - in : SEZE S. de et CAROIT M. : Bréviaire de rhumatologie à l'usage du praticien, 3ème édition, 1 vol., 674 p., 1967, Exp. édit., 373-389.

23. PELLET C. - Arthralgies sacro-iliaques et ostéochondrite pubienne chez la femme. - Rev. Rhum., 1952, 19, 821-823.
24. QUEBREILHA C. - Consolidation de la symphyse pubienne dans certaines arthrites sacro-iliaques. - Rev. Rhum., 1950, 2, 489-491.
25. RAVAUULT P.P., VIGNON G. et BERTHIER L. - L'arthrite sacro-iliaque dans le cadre des lombosacralgies isolées.- Rev. Rhum., 1950, 17, 483-487.
26. ROGERS M.H. et CLAVES E.N. - Syndrome sacro-iliaque des adolescents. - J. Bone and Joint Surg., 1935, 17, 759-768.
27. SEZE S. de et RYCKEWAERT A. - Maladies des Os et des Articulations, Paris 1954, 1 vol., 1248 p., Flammarion édit. 980-986.
28. TAVERNIER M. - Arthrites chroniques sacro-iliaques non tuberculeuses. Leur traitement par l'arthrodèse transiliaque. Rev. Orthop., 1942, 28, 166-172.
29. TAVERNIER M. - Arthrites chroniques sacro-iliaques non tuberculeuses. Leur traitement par l'arthrodèse transiliaque. Lyon chir., 1943, 38, 12-19.
30. TAVERNIER M. - L'arthrite chronique sacro-iliaque non tuberculeuse des jeunes. - Rev. Rhum., 1950, 17, 482-483.
31. WATTEBLÉD R. - Articulations sacro-iliaques normales et pathologiques. - Vie Méd. et Thérap., 1964, 45, 1345-1354.

=====

TABLE DES MATIERES

	pages
- DEFINITION ET CLASSIFICATION	1
- OBSERVATIONS ET METHODES	2
- RAPPEL ANATOMIQUE, PHYSIOLOGIQUE et RADIOLOGIQUE ..	3
- ARTHROPATHIES SACRO-ILIAQUES AIGUES OU SUBAIGUES CURABLES DU POST-PARTUM	8
- ARTHROPATHIES CHRONIQUES DU POST-PARTUM	19
- ARTHROPATHIES SACRO-ILIAQUES INFLAMMATOIRES	22
- L'ARTHROSE SACRO-ILIAQUE	26
- L'OSTEOCHONDRITE SACRO-ILIAQUE	30
- LES ARTHROPATHIES SACRO-ILIAQUES SUBAIGUES ET CHRO- NIQUES "A CLASSER"	36
- PROBLEMES D'ENSEMBLE DU DIAGNOSTIC ET DU TRAITEMENT CONDUITE PRATIQUE	43
- CONCLUSIONS	50
- BIBLIOGRAPHIE	54

mmmmmmmmmmmmmmmm

Vu,

Le Président de Thèse: Professeur S. de Sèze.

Vu et permis d'imprimer,

Le recteur de l'Académie de Paris: Robert Mallet

Le Doyen Honoraire,

Administrateur Provisoire de la Faculté de Médecine.

